

Your rights and protections against

Surprise medical bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” describes providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called **“balance billing.”** This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.

You are protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Services rendered in Illinois are also governed under Illinois Public Act 96-1523. This Illinois Act has many of the same protections as the Federal No Surprises Act. It holds insured patients harmless for any increased out-of-pocket costs from certain “facility-based out-of-network practitioners” who provide services at an in-network hospital. The law explicitly defines a “facility-based out-of-network practitioner” as one who provides radiology, anesthesiology, pathology, neonatology or emergency department services in a participating hospital or ambulatory surgical treatment center. Illinois Public Act 94-0885 also requires insured patients to be provided with advance notice that healthcare

professionals affiliated with the hospital may not be participating within the same insurance plans and networks as the hospital.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
- Your health plan generally must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

If you believe you've been wrongly billed, you may contact the HHS Department of Labor and the Office of Personnel Management at 1-800-985-3059.

Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law.

Visit <https://www.ilga.gov/legislation/publicacts/fulltext.asp?Name=096-1523> for more information about your rights under Illinois Public Act 96-1523.

Sus derechos y protecciones frente a las

Facturas médicas sorpresivas

Cuando usted recibe atención de emergencia o tratamiento proporcionado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido frente a facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más de los copagos de su seguro, coseguro y/o deducible.

¿Qué es “la facturación del saldo” (a veces denominada “facturación sorpresiva”)?

Cuando usted es atendido por un doctor u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como copagos, coseguro o deducibles. Podría haber costos adicionales o podría tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un establecimiento de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa que el proveedor y el establecimiento no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan entregarle una factura por la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. Esto se denomina **“facturación del saldo”**. Es probable que esta cantidad sea mayor que el costo del mismo servicio dentro de la red y es posible que no se agregue al deducible o al límite anual del gasto de su bolsillo de su plan.

“Facturación sorpresiva” es una factura con un saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, por ejemplo, como cuando usted tiene una emergencia o programa una visita en un establecimiento dentro de su red, pero es

atendido en forma inesperada por un proveedor que esta fuera de la red. Las facturas sorpresivas pueden ser de miles de dólares dependiendo del procedimiento o el servicio.

Usted está protegido frente a la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si usted presenta una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o establecimiento fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad por los costos compartidos por servicios dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). **No** se puede hacer facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría recibir después de encontrarse en una condición estable, a menos que usted entregue su consentimiento por escrito y renuncie a la protección frente a la facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Los servicios prestados en Illinois también se rigen por la Ley Pública de Illinois 96-1523. Esta Ley de Illinois tiene muchas de las mismas protecciones que la Ley Federal Sin Sorpresas.

Mantiene a los pacientes asegurados indemnes de cualquier aumento de los costos de bolsillo de ciertos “médicos fuera de la red basados en instalaciones” que brindan servicios en un hospital dentro de la red. La ley define explícitamente un “médico fuera de la red en un centro” como aquel que brinda servicios de radiología, anestesiología, patología, neonatología o departamento de emergencias en un hospital participante o en un centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio. La Ley Pública de Illinois 94-0885 también requiere que los pacientes asegurados reciban un aviso previo de que los profesionales de la salud afiliados al hospital pueden no participar en los mismos planes y redes de seguros que el hospital.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando reciba servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos por servicios dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a su protección frente a la facturación del saldo.

Si usted recibe otro tipo de servicios en estos establecimientos dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo a menos que usted entregue un consentimiento por escrito y renuncie a su protección frente a esto.

Usted nunca está obligado a renunciar a su protección frente a la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o establecimiento dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable del pago de su parte de los costos (como los copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o el establecimiento fueran parte de la red de su plan). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional a los proveedor o establecimiento fuera de la red directamente.
- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como “autorización previa”)
 - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o establecimiento (costos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o establecimiento dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Agregar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a su deducible dentro de la red y al límite de gastos de su bolsillo.

Si usted cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese, Departamento de Trabajo del HHS y la Oficina de Administración de Personal al 1-800-985-3059.

Visite: www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Visite: www.ilga.gov/legislation/publicacts/fulltext.asp?Name=096-1523 para obtener más información sobre sus derechos bajo Ley Pública de Illinois 96-1523.

Your rights and protections against

Surprise medical bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” describes providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called **“balance billing.”** This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.

You are protected from balance billing for:

Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

Services rendered in Illinois are also governed under Illinois Public Act 96-1523. This Illinois Act has many of the same protections as the Federal No Surprises Act. It holds insured patients harmless for any increased out-of-pocket costs from certain “facility-based out-of-network practitioners” who provide services at an in-network hospital. The law explicitly defines a “facility-based out-of-network practitioner” as one who provides radiology, anesthesiology, pathology, neonatology or emergency department services in a participating hospital or ambulatory surgical treatment center. Illinois Public Act 94-0885 also requires insured patients to be provided with advance notice that healthcare



professionals affiliated with the hospital may not be participating within the same insurance plans and networks as the hospital.

Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
- Your health plan generally must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

If you believe you've been wrongly billed, you may contact the HHS Department of Labor and the Office of Personnel Management at 1-800-985-3059.

Visit www.cms.gov/nosurprises/consumers for more information about your rights under federal law.

Visit <https://www.ilga.gov/legislation/publicacts/fulltext.asp?Name=096-1523> for more information about your rights under Illinois Public Act 96-1523.

Sus derechos y protecciones frente a las

Facturas médicas sorpresivas



Cuando usted recibe atención de emergencia o tratamiento proporcionado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido frente a facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más de los copagos de su seguro, coseguro y/o deducible.

¿Qué es “la facturación del saldo” (a veces denominada “facturación sorpresiva”)?

Cuando usted es atendido por un doctor u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como copagos, coseguro o deducibles. Podría haber costos adicionales o podría tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un establecimiento de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa que el proveedor y el establecimiento no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan entregarle una factura por la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. Esto se denomina **“facturación del saldo”**. Es probable que esta cantidad sea mayor que el costo del mismo servicio dentro de la red y es posible que no se agregue al deducible o al límite anual del gasto de su bolsillo de su plan.

“Facturación sorpresiva” es una factura con un saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, por ejemplo, como cuando usted tiene una emergencia o programa una visita en un establecimiento dentro de su red, pero es

atendido en forma inesperada por un proveedor que esta fuera de la red. Las facturas sorpresivas pueden ser de miles de dólares dependiendo del procedimiento o el servicio.

Usted está protegido frente a la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si usted presenta una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o establecimiento fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad por los costos compartidos por servicios dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). **No** se puede hacer facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría recibir después de encontrarse en una condición estable, a menos que usted entregue su consentimiento por escrito y renuncie a la protección frente a la facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Los servicios prestados en Illinois también se rigen por la Ley Pública de Illinois 96-1523. Esta Ley de Illinois tiene muchas de las mismas protecciones que la Ley Federal Sin Sorpresas.

Mantiene a los pacientes asegurados indemnes de cualquier aumento de los costos de bolsillo de ciertos “médicos fuera de la red basados en instalaciones” que brindan servicios en un hospital dentro de la red. La ley define explícitamente un “médico fuera de la red en un centro” como aquel que brinda servicios de radiología, anestesiología, patología, neonatología o departamento de emergencias en un hospital participante o en un centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio. La Ley Pública de Illinois 94-0885 también requiere que los pacientes asegurados reciban un aviso previo de que los profesionales de la salud afiliados al hospital pueden no participar en los mismos planes y redes de seguros que el hospital.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando reciba servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos por servicios dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a su protección frente la facturación del saldo.

Si usted recibe otro tipo de servicios en estos establecimientos dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo a menos que usted entregue un consentimiento por escrito y renuncie a su protección frente a esto.

Usted nunca está obligado a renunciar a su protección frente a la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o establecimiento dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable del pago de su parte de los costos (como los copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o el establecimiento fueran parte de la red de su plan). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional a los proveedor o establecimiento fuera de la red directamente.
- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como “autorización previa”)
 - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o establecimiento (costos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o establecimiento dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Agregar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a su deducible dentro de la red y al límite de gastos de su bolsillo.

Si usted cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese, Departamento de Trabajo del HHS y la Oficina de Administración de Personal al 1-800-985-3059.

Visite: www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Visite: www.ilga.gov/legislation/publicacts/fulltext.asp?Name=096-1523 para obtener más información sobre sus derechos bajo Ley Pública de Illinois 96-1523.